

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-702533

172413

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12551.

Société :

Royal air maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL MOUJADDIDI MOHAMMED ANOUAR

Date de naissance :

Bahia Golf Beach villa 775 Bouznika

Adresse :

Tél. :

0661684871

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LYOUBI Hicham
Chirurgien ORL
21 Avenue de FAR-Mohammedia
Tél : 05 23 32 53 30
INPE : A6130641

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

02/09/2013

VOI ET ADHERENT

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/12/23	CS		250,00	INPE : 061306411
	Examen		20,00	

INPE : 061306411

Dr. LYOUBI Hicham
Chirurgien ORL
21 Avenue de FAR-Mohammadia
Tél : 05 23 32 33 30
INPE : 061306411

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
du Fournisseur

Date

Montant de la Pharmacie

18/07/23

539,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des
Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Particien

Date des
Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

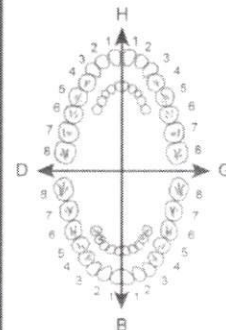
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

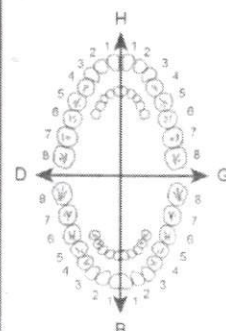
H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			B
00000000	00000000		
35533411	11433553		

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Lyoubi HICHAM

Spécialiste en **ORL**

Chirurgien de la **Face** et du **Cou**



د . اليوبي هشام

أخصائي في أمراض الأذن، الأنف
والحنجرة - جراح الوجه و العنق

Dipômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ancien médecin au CHU Ibn Rochd - Casablanca
Ancien interne du CHU de Nantes - France

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
طبيب داخلي سابق بمستشفى نانت - فرنسا

Mohammedia le : 18/07/2023

Enf EL MOUJADDIDI MOHAMED GHALI

79,90

AUGMENTIN SACHET 500 mg BOITE DE 12

1 Sachet le matin, 1 Sachet le soir après le repas pendant 6 jours

49,100

PREDNI COOPER COMPRIME EFFERVESCENT SECABLE 20 MG BOITE DE 20

1 Comprimé soluble le matin après le repas pendant 5 jours

29,90 + 36,80

RESPIMER KIT ET SACHETS

1 Lavage nasal le matin, 1 Lavage nasal le soir pendant 15 jours

49,10

RISONEL SPRAY NASAL 0.0005 FLACON DE 140 DOSES

1 Pulvérisation le soir pendant 1 mois

24,50 x 3 = 73,50

LOREUS SOLUTION BUvable 0,5 MG FLACON DE 60 ML

1 Cuillère à café le soir après le repas pendant 1 mois

539,20

Dr. LYOUBI HICHAM
Chirurgien ORL
21 Avenue de F.A.R. Mohammedia
Tél : 05 23 32 53 30
INPE : 06130

PHARMACIE ORTHOPEDIE
M. DU MAGHREB
M. TAZI LYUBI
AVENUE DES F.A.R. MOHAMMEDIA
05 23 32 24 16 / INPE : 092040880

21, Avenue de F.A.R, 2ème Etage N° 20 - MOHAMMEDIA
21، شارع الحيش الملكي - الطابق الثاني - رقم 20 - المحمدية
الهاتف 05 23 32 53 30 / هاتف الطوارئ 06 61 46 89 16

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

UT. AV :

PPV (DH) :

40,00

PPV: 79,90 DH
LOT: ~~650907~~
PER: 11/24

AUGMENTIN
500mg/62.50mg
12 sachets

PREDNI'20mg ○
20 comprimés effervescents sécables



6 118000 160243

PPV: 24DH50
PER: 05/25
LOT: M342

LOREUS[®]

Desloratadine 0.5 mg/ml

Solution buvable
Flacon de 60 ml



6 118000 041696

PPV: 24DH50
PER: 05/25
LOT: M342

LOREUS[®]

Desloratadine 0.5 mg/ml

Solution buvable
Flacon de 60 ml



6 118000 041696

PPV: 24DH50
PER: 05/25
LOT: M342

LOREUS[®]

Desloratadine 0.5 mg/ml

Solution buvable
Flacon de 60 ml



6 118000 041696

Mrdis, le 18-4-2023

Inf ELMOUJADDIDI MOHAMED
GHALI

- Reçu pour Impe' Jan come'trie
K₂₀ = 200 DH

- C.R : Impe' Jan plot d 6^e

Dr. LYOUBI Hicham
Chirurgien ORL
21 Avenue de FAR-Mohammed
Tél : 05 23 32 53 30
INPE : 061306411